公共卫生领域工作经验和保障学习时间

证明

中国疾病预防控制中心：

兹证明我单位\*\*\*同志（证件号码： ）具备至\*\*年（至2025年9月1日）的公共卫生领域工作经验，如该同志被你单位录取为博士研究生，我单位保障其学习时间。

特此证明。

**单位公章**

**2025年\*\*月\*\*日**